

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

63

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 19 décembre 1895, à 1 heure

Par CHARLES-MARIE-ISIDORE CORONADO

ÉTUDE SUR

LE DÉLIRE PNEUMONIQUE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, professeur.
CHARRIN, ACHARD, agrégés.*

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine 15

1895

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 19 décembre 1895, à 1 heure

Par CHARLES-MARIE-ISIDORE CORONADO

ÉTUDE SUR

LE DÉLIRE PNEUMONIQUE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. } HUFINEL, professeur.
 } CHARRIN, ACHARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENEZIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WAETHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTIERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0014



ÉTUDE

SUR

LE DÉLIRE PNEUMONIQUE

Dès les temps hippocratiques, on avait observé des accès de délire dans l'inflammation du poumon ; mais il faut arriver à la période méthodique et scientifique des anatomistes italiens pour voir cette affection étudiée avec soin.

Morgagni, dans sa septième lettre, en parle d'une façon claire et précise.

Et, dans les diverses observations qu'il nous cite, en voici une des plus intéressantes :

« Un cardeur de chanvre, sujet, par son métier, aux
« inflammations de poitrine (il en avait eu six ou sept,
« dont une avec délire), fut atteint encore une fois de cette
« maladie. Le cinquième jour, phrénésie, tantôt gaie,
« tantôt sérieuse, tantôt furieuse ; puis, il est pris de quel-

« ques mouvements convulsifs, et meurt à la fin du septième jour.

« Les vaisseaux des méninges étaient distendus par le sang autant qu'ils pouvaient l'être; une sérosité abondante remplissait les anfractuosités et les ventricules latéraux.
« Quand on ratissait légèrement les corps striés et les couches des nerfs optiques, ou que l'on coupait plus profondément, soit ces parties, soit d'autres quelconques de la substance médullaire, on voyait partout les vaisseaux engorgés de la même manière.

« Au contraire, on n'en pouvait distinguer presque aucun dans la substance corticale du cerveau qui fut disséquée. »

Cependant, il faut parvenir à l'époque de Laënnec pour avoir des données précises sur le délire dans la pneumonie; grâce aux progrès de l'auscultation, on s'aperçut que les pneumonies du sommet étaient particulièrement sujettes au délire, et d'une gravité beaucoup plus considérable que celles de la base. Grisolle en fait la remarque dans son *Traité des pneumonies*.

Bariller, dans sa thèse de doctorat, en donne une symptomatologie très nette, et qui est toute entière à citer.

« Ce délire se manifeste quelquefois par des symptômes violents, tantôt il est calme et tranquille; le premier est le délire furieux ou frénétique que les anciens appelaient *phrenitis*; le second est le délire doux ou subdelirium.

« Dans le subdelirium, le malade parle seul, soit haut,
« soit à voix basse ; ses paroles sont incohérentes. . . .
« Ses discours sans suite roulent sur des
« sujets tristes, il divague en général
« sur toutes sortes d'objets. Aux personnes qui l'interro-
« gent, il répond d'un air préoccupé, quelquefois avec
« exactitude, soit avec lenteur, soit avec une vivacité
« inaccoutumée.

« D'autres fois, il est familier, il tutoie ceux qui l'envi-
« ronnent, est indifférent à leurs remontrances ; parfois
« il n'obéit qu'à une seule personne.

« Il n'en est pas ainsi du délire phrénétique ; ce sont des
« cris, des vociférations, etc. etc, le
« malade frappe ses voisins, se jette hors de son lit,
« brise ce qu'il rencontre ; il se calme ensuite pour
« recommencer plus tard.

« Ces deux formes de délire se succèdent fréquemment
« et avec irrégularité. »

Trousseau, en sa qualité de grand clinicien, avait déjà remarqué, dans ce délire, certaines choses qui avaient échappé à ses devanciers ; c'est qu'il n'y avait pas toujours corrélation entre les lésions pulmonaires et la gravité du délire ; il avait donné à ce délire le nom de forme ataxique. Il dit en substance :

« C'est une espèce de subdelirium, avec
« défaut d'harmonie entre les désordres locaux et les
« désordres généraux, entre les divers troubles fonction-
« nels qui marchent ordinairement parallèlement ou
« qui sont corrélatifs.

« Cet état ataxique s'accroît sous l'influence des anti-phlogistiques et des antimoniaux. A n'en juger que par le diagnostic, qu'on obtient par le stéthoscope et le plessimètre, la pneumonie est peu grave, et cependant, la résistance vitale, défaillante, désordonnée, s'affaïsse tout à coup et le malade meurt ; voilà l'ataxie, voilà la malignité. »

D'autre part, les autopsies n'ont pas toujours donné l'explication des désordres cérébraux ; la plupart sont restées muettes quant aux lésions anatomo-pathologiques.

Verneuil, dans sa thèse de médecine (*De la congestion et de l'inflammation des méninges cérébrales et spinales dans la pneumonie*), dit que, dans la plupart des cas de pneumonie du sommet, où les malades sont morts avec des accidents nerveux bien prononcés, on ne trouvait rien à l'autopsie ; chez les autres, certains présentaient de l'infection de la pie-mère, et le reste, le plus petit nombre, des lésions plus avancées.

Aoust, dans sa thèse de doctorat (*De la pneumonie à forme nerveuse*), parle d'un enfant de neuf ans, de bonne constitution, atteint de pneumonie du sommet droit, qui fut pris de délire et d'abattement ; il avait un regard incertain, souffrait d'une céphalalgie intense avec strabisme, puis, fut pris de vomissements et mourut neuf jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie donna des résultats nuls ; le cerveau se trouva parfaitement sain, il n'y avait point d'infection des méninges ni de la substance cérébrale, et pas d'hydropisie ventriculaire.

Mais, malgré les autopsies nombreuses purement négatives, il y en a d'autres qui accusent au contraire des lésions nombreuses et profondes de l'axe cérébro-spinal.

Le Dr Netter, dans le *Progrès Médical* de 1886, parle d'un malade qui mourut de pneumonie du sommet, au bout de quatre jours de maladie, après avoir présenté des symptômes délirants, et à l'autopsie duquel on trouva un exsudat fibrineux à la surface de l'encéphale et des pneumocoques encapsulés de Friedlander.

De tout ce qui précède il reste à peu près établi que, d'une part, le délire, dans l'inflammation du poumon, relève pour ainsi dire exclusivement de la pneumonie du sommet; que, d'autre part, d'après les observations des auteurs déjà cités, le délire s'empare du malade à la période aiguë; c'est-à-dire au moment où la courbe thermométrique est la plus élevée.

Il est loin d'en être toujours ainsi; car, nous pouvons observer fréquemment des accès délirants avec des pneumonies de la base, et avec des températures faibles ou nulles.

Mais, pour avoir des données précises de cette seconde forme de délire, il faut arriver aux travaux tout-à-fait récents, et encore, les observations ne sont-elles pas très nombreuses.

Ce délire a cela de particulier qu'il n'éclate pas à la période d'accès et qu'il n'est nullement la traduction de lésions pulmonaires plus ou moins profondes; il survient tardivement, quand les symptômes graves de la maladie paraissent conjurés, quand la fièvre baisse ou a disparu; ou un mot, quand le malade paraît entrer en convalescence.

C'est cette espèce de délire qui désormais va nous servir de sujet d'étude ; et, nous allons passer rapidement en revue les quelques auteurs qui en ont parlé.

Mairet, dans le *Montpellier Médical* de 1887, traite, dans un article, de la folie de la convalescence dans la pneumonie ; et, quoiqu'il dise que le contraste des désordres cérébraux, parfois considérables, avec la nullité des symptômes locaux et l'absence de fièvre, est évidemment fait pour surprendre, il n'en ajoute pas moins que ce délire, provenant de l'anémie du cerveau, est invariablement bénin, et que l'unique traitement qui lui convienne, ce sont les reconstituants.

Thore et Aubanel ont insisté sur ce fait, qu'on voit parfois transporter, dans les asiles d'aliénés, des malades qui ne sont affectés que d'une folie passagère, développée pendant la période aiguë ou pendant la résolution d'une pneumonie, folie qui se dissipe rapidement.

D'autres auteurs ont vu cependant cet état se perpétuer pendant un temps assez long, en prenant l'une des formes de l'aliénation mentale ; et certains médecins se sont vu obligés d'enfermer leurs malades, dans des maisons de santé, pendant plusieurs mois, avant d'arriver à la guérison complète.

Plus récemment encore, M. le professeur Raymond, dans une de ses cliniques, publiée dans la *Semaine Médicale*, en avril 1893, et intitulée : *Psychose et Pneumonie*, cite un cas très intéressant qu'il a eu sous les yeux, et passe en revue, avec sa lucidité habituelle, tout ce qui a trait à la question.

Le malade, dont il s'agit, est un jeune homme de 20 ans, nommé C...., garçon de salle, qui entre à l'hôpital, atteint d'une pneumonie en pleine défervescence. Le lendemain, les symptômes locaux continuant à diminuer, la température s'élève et le malade délire.

Cet état persiste pendant quatre jours.

Le malade voit des soldats qui s'entretuent à l'arme blanche, des prisonniers qu'on égorge; l'hôpital rempli de blessés et de cadavres etc., etc.

Il entend des voix qui lui parlent, l'interrogent sévèrement et l'accusent; il entend des cris de douleur poussés par des prisonniers qu'on martyrise. . . . etc.

Il trouve un mauvais goût à ses aliments; il lui semble fuir, marcher, courir, être transporté dans le vide, etc.

Enfin, il désire en finir avec l'existence; il songe à se tuer; il se reproche des actes reprehensibles qu'il aurait commis; il excite ses bourreaux à assouvir sur lui la vengeance divine; il demande un prêtre.

Pendant toute cette période délirante, le sommeil est mauvais, et la température se maintient au-dessus de 38°.

Enfin, vers la fin du quatrième jour, les idées mystiques persistant encore un peu, la température baisse et le délire cesse.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce délire, c'est la prédominance des troubles hallucinatoires; hallucinations de la vision, de l'ouïe, du goût et du mouvement. La conscience du malade finit par sombrer au milieu de cette mer de sensations pénibles, et les réactions maniaques et mélancoliques apparaissent.

Pour l'éminent clinicien de Lariboisière la manie n'est que la conséquence des troubles sensoriels, et encore, pour l'auteur, le mot manie est-il mal placé dans ce cas.

La manie évolue lentement, dure des années, se systématise ; c'est un véritable délire chronique.

Ici, rien de tout cela, c'est un mélange de délire de la persécution, de délire mélancolique, avec des idées de mysticisme exagéré : et le clinicien met les choses à leur place en nommant cet état : confusion mentale.

La mère de C... est capricieuse, bizarre de caractère ; son oncle maternel est aliéné et interné dans un asile ; sa tante paternelle a déliré violemment pendant quinze jours à la fin d'une fièvre typhoïde.

Lui-même a la tête faible, il est sans volonté, sujet à des rires et à des pleurs non motivés ; de plus, il présente de l'asymétrie faciale et du prognathisme du maxillaire supérieur ; le crâne est petit ; le malade respire habituellement par la bouche.

De tout ce qui précède, l'auteur conclut que c'est un type de dégénéré, et il ajoute qu'on voit principalement ces sujets-là atteints de délire dans le cours de maladies infectieuses.

Puis après avoir passé en revue les divers facteurs étiologiques invoqués pour expliquer ces états délirants, l'auteur s'arrête aux troubles de nutrition de l'écorce.

D'après lui, les symptômes psychologiques surviennent souvent au moment où les phénomènes d'infection et d'hyperthermie sont en voie d'amendement, mais, alors que

la résistance de l'organisme et plus particulièrement du cerveau épuisé par l'infection est au minimum.

Pour M. le professeur Raymond le pronostic est bénin, comme d'ailleurs dans toutes les psychoses post-fébriles ; et, d'après lui, le traitement, qui convient, ce sont les reconstituants.

De cette seconde série d'observations, nous pouvons conclure qu'il existe, dans la convalescence de la pneumonie, un délire spécial, ressemblant plus ou moins à l'aliénation mentale, durant un temps plus ou moins long, de quelques jours à plusieurs mois, mais finissant invariablement par guérir sans laisser de traces.

Or, il n'en est pas toujours ainsi, et si aujourd'hui, nous nous hasardons à écrire ce bien modeste travail, c'est pour présenter une autre forme de délire, appartenant aussi à la convalescence de la pneumonie, très semblable aux nombreux cas déjà cités, mais, s'en différenciant par une chose, par son issue constamment fatale.

Cette folie pneumonique mortelle, dont nous n'avons presque rien trouvé dans les auteurs, et qui constitue le fond même de cet ouvrage, se dégage de deux cas que nous avons pu étudier tout à loisir, les deux malades faisant partie de notre clientèle.

Nous avons donc pu, par conséquent, suivre les diverses péripéties de la maladie, jour par jour, du commencement jusqu'à la fin.

Les deux malades, que nous avons observés, sont des hommes dans la force de l'âge, vigoureux et vivant en plein air ; ce ne sont donc pas des névrosés ni des affaiblis.

Cependant l'un deux présente des tares personnelles et héréditaires.

L'un et l'autre sont morts en hiver ; le premier en deux jours, le second au bout d'une semaine ; ni dans l'un ni dans l'autre on a remarqué de troubles hallucinatoires bien caractérisés ; la confusion mentale n'est même pas complète ; la conscience persiste un peu, et parfois le raisonnement est remarquablement juste.

Mais, dans les deux cas, il y a incohérence dans les idées, un trouble profond de la notion des choses ; ce sont plutôt des aliénés que des délirants.

Et, chose remarquable, malgré ces désordres cérébraux tellement considérables qu'ils ont entraîné la mort, l'appétit est conservé ; les malades boivent et mangent jusqu'au moment où les facultés intellectuelles s'affaiblissent et empêchent les organes de fonctionner.

OBSERVATION I

La première observation remonte au commencement de l'année 1892.

Elle se rapporte à un homme de 39 ans, Pierre C., exerçant la profession de marchand de bœufs, marié et ayant une fille de six à sept ans.

Cet homme n'avait aucun stigmate d'alcoolisme ; il était même sobre pour son métier. Je ne crois pas qu'il ait fait des maladies graves avant celle qui l'a emmené.

Il était d'une constitution extrêmement robuste ; de taille moyenne, il avait la carrure et la musculature d'un athlète,

il n'était pas ce qu'on appelle un nerveux ; il jouissait au contraire d'un calme et d'une placidité remarquables.

Cependant, malgré cette apparence de vigueur et de santé parfaite, il y avait un petit nuage à l'horizon. Au dire des témoins dignes de foi, il aurait eu deux ou trois attaques d'épilepsie dans sa vie ; mais pas davantage.

Du côté des ascendants, rien à dire. Son père et sa mère vivent encore ; le premier a dépassé quatre-vingts ans et jouit d'une vigueur vraiment remarquable ; sa mère est un peu rhumatisante ; ses trois frères et sa sœur se portent bien, sauf le plus jeune qui est quelque peu névropathe.

Seulement, je dois ajouter, pour être complet, que, dans la branche collatérale, il y a eu un oncle fortement épileptique, mort dans un asile d'aliénés, et qu'il existe un cousin germain, d'une autre lignée, épileptique aussi.

Le 8 janvier 1892, nous fûmes appelé auprès de M. Pierre C... pour lui donner nos soins.

Le malade disait qu'il avait eu un violent frisson, un point de côté, et il ajoutait qu'il toussait depuis lors.

L'ayant examiné, nous constatons, à la percussion, une zone modérée de matité à droite, en bas et en arrière ; à l'auscultation, nous percevons du souffle au même niveau, accompagné de quelques râles crépitants ; la température marque 38°,5.

Nous diagnostiquons une pneumonie légère du lobe inférieur droit, à la période d'hépatisation et datant de plusieurs jours ; nous prescrivons un laxatif, des fébrifuges, et nous faisons coucher le malade.

Le lendemain, 9, nous revenons voir l'alié. Nous le trouvons très tranquille, les intestins débarrassés, et ayant passé une bonne nuit ; seulement, il expectorait

depuis la veille quelques rares crachats nettement sangui-
nolents.

Nous l'auscultons de nouveau, et nous percevons encore
quelques râles crépitants ; mais, la matité a bien diminué ;
le thermomètre indique 38°,2.

A la visite du 10, les râles sont à peine perceptibles,
l'expectoration est réduite à très peu de chose, la matité
n'existe presque plus ; la température est de 37°,9.

Nous examinons les urines par acquit de conscience ;
elles sont un peu colorées, surchargées d'urates, mais ne
contiennent ni albumine, ni sucre.

Le 11, l'amélioration continue ; le malade éprouve la
sensation de la faim ; nous lui permettons un potage.

Le 12, au soir, plus de fièvre, plus d'expectoration, plus
de matité, plus rien. La respiration est aussi aisée et nor-
male que chez un nouveau-né.

Nous pouvons annoncer à la famille que le malade est
hors de danger et qu'il entre en convalescence.

Ce soir là, nous nous couchons avec la plus grande quié-
tude au sujet de notre pneumonique.

Vers onze heures on sonne violemment à notre porte
pour que nous aillions en toute hâte auprès du malade.

Très intrigué, nous courons à la demeure du patient,
laquelle heureusement se trouvait proche.

Nous arrivons assez tôt pour le voir étendu sur son lit-
raide, sans connaissance, de l'écume aux lèvres, les
mâchoires serrées, les membres tétanisés ; nous recon-
naissons de suite qu'il s'agissait de l'attaque classique d'épi-
lepsie.

Enfin, le malade reprend ses sens, ouvre les yeux, et
regarde tout hébété autour de lui ; les yeux sont hâgards,
fixes et dilatés ; les traits du visage expriment un étonne-

ment profond. Nous profitons de ce moment de calme pour lui mettre le thermomètre sous l'aisselle, il marque 37°, le pouls bat 65 pulsations, l'auscultation est négative.

Après un moment de silence, le malade demande à boire; dans l'intervalle des gorgées, nous l'entendons grincer des dents. Puis, il regarde fixement les personnes qui l'entourent, à la fin, il se dresse sur son séant et s'écrie : « Que venez-vous faire ici ? Vous n'êtes pas ici chez vous ! Sortez d'ici ! Sortez de chez moi ! »

Nous devons dire que, à ce moment, la chambre du malade se trouvait pleine de commères du voisinage.

Comme on ne tient pas compte de son ordre, il le répète plus violemment. Nous remarquons que la diction est saccadée, les mots scandés, martelés pour ainsi dire ; la prononciation est convulsive, mais nette.

A la troisième fois, voyant qu'on n'obtempère pas à son ordre, il se jette à bas du lit et s'avance menaçant vers les assistants ; nous faisons évacuer la salle en ne laissant que sa femme avec lui.

Resté seul, il se calme, se promène en chemise, les mains derrière le dos, répond par monosyllabes à sa femme qui le conjure de se mettre au lit. A la fin, impatienté, il lui montre la porte, jure, sacré, en criant qu'il sait ce qu'il a à faire, qu'il est maître chez lui, qu'il peut se lever si bon lui semble, et qu'au premier qui tente de rentrer, il lui fend la tête d'un coup de hache.

La malheureuse s'esquiva toute apeurée, et le malade, laissé à lui-même, se calme aussitôt et reprend sa promenade interrompue, s'arrêtant de temps en temps devant la cheminée pour voir brûler le feu.

A la fin, il s'assied devant le foyer, prend les pincettes et arrange les tisons enflammés ; c'est dans cette position que nous le trouvons quand nous nous décidons à intervenir.

Pendant toute la scène que nous venons de raconter, nous avons fait cette remarque, que, dans ce délire, les hallucinations paraissaient faire défaut, que la contradiction mettait le malade en fureur, mais, qu'il se calmait dès que cédait l'obstacle à sa volonté.

Cette situation ne pouvant s'éterniser ainsi, nous jugeâmes à propos de la faire cesser ; car, nous craignions avec juste raison, que notre malade, demi-nu, les pieds sur les carreaux, ne prît un refroidissement et consécutivement une rechute. Nous commandâmes donc à ses frères de se munir de cordes, et de lui faire réintégrer le lit de gré ou de force.

Toutes les exhortations furent inutiles, elles n'aboutirent qu'à rendre le malade plus irascible ; et, il fallut entamer un véritable combat pour venir à bout de ce forcené, dont la force redoutable, décuplée par la maladie, rendait l'approche dangereuse.

S'il avait eu une arme à la main, aucun des six hommes qui, à grand peine, parvinrent à le garrotter, ne serait sorti vivant.

Une fois dans le lit, il eut une explosion de rage épouvantable, nous traitant de brigands, de canailles, d'assassins ; et il ne se calma que plusieurs heures après.

Tellement violents furent les efforts qu'il fit pour se débarrasser de ses liens, qu'ils lui entrèrent dans les chairs, et qu'il fallut les remplacer par de larges bandes de toile ne pouvant occasionner aucune blessure.

Quand nous revenons, dans la matinée du 13, nous le trouvons plus calme ; mais, la vue de certaines personnes a le don de l'exaspérer ; par contre, la présence de certaines autres semble lui être agréable. Il ne veut plus voir sa femme, ni ses frères ; il les accuse de vouloir sa mort ; il nous regarde nous-même avec aversion, car, il a compris que c'est par nos ordres qu'on l'a ligotté. Il supplie qu'on le détache ; déclare qu'il n'en veut qu'à ses ennemis dont il jure de se venger cruellement.

Un de ses bons amis étant venu le voir : « Regarde, lui dit-il, comme les brigands m'ont arrangé ; ils veulent ma mort ; c'est mon coquin de frère Joseph, qui voudrait me voir crever (*sic*) pour épouser ma femme. Mais toi, mon vieux, tu es toujours mon ami, mon fidèle ami, tu me défendras contre ces canailles ! En attendant, nous allons boire un verre ensemble ! » Et ils vidèrent ensemble une demi-bouteille de vin (On avait enlevé au malade ses menottes, les entraves des jambes nous donnant une sécurité suffisante).

Cependant, la surexcitation de la veille a bien diminué ; ce n'est que de loin en loin que les accès de fureur se donnent jour, et ils sont courts.

Parfois, le malade s'insurge, il crie qu'on n'a pas le droit de le tenir attaché, que c'est un abus de pouvoir ; il en appelle à son capitaine, à ses camarades de régiment ; il dit qu'il n'a jamais été puni, et que c'est infâme ce que l'on fait avec lui. Puis, ses idées se reportent en arrière, au temps qu'il a passé au régiment ; il évoque les camarades, les officiers, les sonneries de clairon, les commandements, les exercices, il croit y être ; et il rapporte textuellement les paroles de ses supérieurs.

De temps en temps, l'abattement le prend, il réclame ses

amis, ceux qui lui plaisent ; il leur serre la main avec effusion, les conjure de ne pas l'abandonner ; il leur déclare qu'il est perdu, qu'il ne s'en relèvera pas.

Un peu plus tard, il réclame le curé et s'entretient de longues heures avec lui ; il lui recommande sa femme et son enfant ; il se demande ce qu'ils vont devenir après sa mort ; et il supplie le prêtre de faire épouser sa femme par son frère Joseph, afin qu'il tienne lieu de père à son enfant.

Parfois, ses idées s'égarent, il croit se trouver à une autre époque, avec des gens absents ou disparus, son délire est surtout constitué par des réminiscences ; puis, l'abattement survient ; et, chose extraordinaire chez cet hercule, qui nous faisait encore tous trembler la veille, on peut impunément lui enlever ses entraves, il n'est plus dangereux !

Sous l'influence du bromure et du chloral, la nuit est relativement calme, mais, le matin du 14, les forces ont encore diminué ; cet homme fort n'a plus d'énergie ; l'exaspération du premier jour a totalement disparu ; il n'a plus la force de récriminer ; il boit peu, il ne mange presque plus ; puis, graduellement, la sensation de la faim et de la soif finissent par disparaître.

Il converse encore avec son entourage ; mais, cela le fatigue visiblement, il reste longtemps sans parler. A partir de midi, il se désintéresse peu à peu du monde extérieur, il répond à peine aux questions qu'on lui pose, il a de la difficulté à trouver ses mots, il paraît faire des efforts considérables pour arriver à la compréhension des choses les plus simples ; puis, quand son esprit n'est plus sollicité par personne, il retombe dans une espèce d'anéantissement du plus mauvais augure.

Vers le soir, la torpeur est tellement grande qu'il ne parle plus et garde les yeux fermés; c'est le coma qui commence; bientôt la respiration devient suspicieuse, puis stertoreuse, et le malade s'éteint tranquillement vers dix heures du soir.

Dans le cas que je viens de rapporter, il y a une circonstance qui frappe et qui domine toute la symptomatologie de la psychose, c'est l'attaque d'épilepsie.

En effet, c'est elle la cause initiale du délire qui a emporté le malade; et, chose remarquable, elle ne survient qu'au déclin de la maladie et ne précède la mort que de deux jours à peine. Il paraîtrait qu'elle a frappé le cerveau d'une telle déchéance vitale, qu'il semble ne plus suffire à la conservation de l'existence. On pourrait dire, en synthétisant les choses, que c'est l'attaque d'épilepsie qui a tué le malade.

Y avait-il des lésions cérébrales? Nous l'ignorons, n'ayant pas fait l'autopsie. Mais rien ne prouve que nous aurions trouvé quelque chose, si l'on se rapporte à ce que nous avons déjà dit des recherches histologiques concernant la question.

Nous n'en sommes donc réduit qu'aux hypothèses; car, on peut invoquer soit la congestion, vu l'anémie cérébrale, soit l'intoxication des centres nerveux, consécutivement à l'infection du sang par les toxines sécrétées par l'agent infectieux, ou par l'acide carbonique retenu dans le sang; soit encore les localisations cérébrales ou méningées des pneumocoques.

Mais, nous avons vu, dans un certain nombre d'observations déjà citées, que souvent, dans ces cas, les autopsies étaient muettes; et, si nous avons une opinion à exprimer, nous nous rangerions à l'avis du professeur Raymond, et nous en ferions un trouble nutritif et une irritation de l'écorce; cette irritation corticale ayant pu gagner le bulbe et par conséquent occasionner la mort.

OBSERVATION II

Le second cas, que nous avons à publier, est encore plus intéressant que le premier : d'un côté, la pneumonie a été beaucoup plus grave, et les accidents psychologiques ont duré beaucoup plus longtemps; enfin, chez ce dernier malade, nous n'avons eu ni coma, ni stertor; il est mort, pour ainsi dire, en marchant.

Orphelin de bonne heure, il nous a été difficile de recueillir des informations précises sur ses ascendants; nous préférons ne pas en parler. Il a une sœur jouissant d'une santé excellente, et lui-même n'a jamais été malade.

Denis P..., est un homme de 36 ans, brun, grand, vigoureux, au visage régulier, très sobre, marié et père de quatre enfants.

Il exerce la profession de cantonnier, et ne présente aucun stigmate de névropathie; il possède, au contraire, un caractère égal et enjoué.

Le 7 janvier 1893, par un temps de neige épouvantable, rendant les chemins impraticables aux voitures et aux chevaux, on nous fait appeler auprès du nommé Denis P...,

cantonnier au Moulin-Dardot, à quatre kilomètres de notre domicile.

Nous partons à pied, par un mètre de neige, et après un voyage des plus pénibles, nous arrivons chez notre malade.

Nous le trouvons au lit, avec une forte fièvre, le visage congestionné, et le thorax soulevé par des inspirations fréquentes, brèves et saccadées.

Il nous raconte qu'il a eu, l'avant-veille, un terrible point de côté à droite qui l'a empêché de dormir toute la nuit, qu'il prend sa respiration avec peine, et qu'il tousse depuis la veille. La température accuse 40°,2.

Nous diagnostiquons une pneumonie de la base droite à la période d'hépatisation ; nous prescrivons un purgatif, du sulfate de quinine, une potion cordiale, et nous exigeons une diète sévère.

Nous revenons le 9; la température est toujours très élevée, 40°,5, la résolution se fait mal, le lobe inférieur droit est envahi tout entier ; nous éprouvons des craintes au sujet de l'issue de la maladie ; nous ordonnons un large vésicatoire et nous continuons les fébrifuges et les toniques.

Malgré la gravité de son état, le malade conserve son calme et sa tranquillité ; il prend même un peu de repos.

Le 12. — Nous faisons une troisième visite ; le vésicatoire a produit un effet merveilleux, sans grand effet sur les reins, ni sur la vessie, car, nous ne trouvons pas d'albumine dans les urines et la miction se fait aisément.

La résolution est presque complète, le malade a expectoré abondamment ; il y a encore quelques gros râles crépitants, mais la matité a presque totalement disparu, la

respiration est aisée, le malade a passé une bonne nuit et il demande à manger.

Cependant, l'expression des yeux nous inquiète ; il nous semble avoir vu ce regard quelque part, et malgré le bon état apparent du malade, nous revenons le lendemain 13.

Il n'y a plus de fièvre, plus de râles, plus rien ; le malade est donc guéri. Mais, il semble se passer chez lui un travail intérieur inquiétant ; il parle haut, ses mots sont scandés, son raisonnement, quoique juste, indique à tout le moins une grande originalité d'esprit ; surtout, ses yeux ont un caractère de fixité qui nous effraie. Malgré nous, nous nous reportons à une année en arrière, et nous trouvons plusieurs traits de ressemblance avec ce pauvre homme fauché dans la force de l'âge.

A tout hasard, nous prescrivons une potion chloralo-bromurée, et nous annonçons notre visite pour le lendemain.

Nous n'attendions pas jusque-là ; car, à peine étions-nous de retour chez nous, qu'on revint nous chercher en toute hâte.

Nous y retournons, et nous trouvons notre malade qui nous reçoit le sourire sur les lèvres, en nous faisant ses plus sincères excuses pour notre dérangement, ajoutant que c'est la faute de sa femme si on nous a envoyé chercher ; qu'il ne se sentait plus malade ; qu'il se trouvait au contraire très fort ; qu'il avait appétit et ne demandait qu'à se lever.

Nous demandons des explications à la femme. Elle nous raconte, qu'après notre départ, son mari avait eu l'envie de se lever et d'aller se promener dehors, et qu'il aurait mis son projet à exécution, sans le secours de quelques voisins qui, à grand peine, avaient pu l'empêcher de

sortir. Il s'était mis alors dans une colère épouvantable, frappant sa femme, brisant les chaises, et il avait fallu quatre hommes vigoureux pour le remettre au lit. Il s'était calmé un peu avant notre arrivée.

Nous avions une grande influence sur cet homme ; nous lui fîmes promettre de rester au lit, de prendre exactement tous les remèdes que nous lui ordonnerions, et surtout de ne pas se mettre en colère.

Il nous promit tout ce que nous voulûmes et fut avec nous d'une amabilité charmante. Seulement, quand il regardait sa femme, nous surprenions dans ses yeux des lueurs fauves ; il avait commencé à la prendre en aversion, et nous avons su depuis que jusqu'à sa mort elle ne put l'approcher.

Nous doublâmes la dose de sa potion, et partîmes très préoccupé à son sujet.

Le lendemain matin, 14, nous le trouvâmes encore endormi, et son sommeil avait été très paisible toute la nuit.

Après notre départ de la veille, il avait eu la visite du curé, avec lequel il s'était entretenu un bon moment.

Tout en conversant, il aperçoit la gibecière de l'ecclésiastique, et il lui demande aussitôt : « Que portez-vous donc là, Monsieur le Curé ? — Mon ami, c'est le Bon Dieu. — Et pourquoi est-ce faire, Monsieur le Curé ? — C'est pour vous guérir, mon ami. — Ah ! très bien ; et, l'avez-vous aussi chez vous, le Bon Dieu ? — Certainement, mon ami. — En ce cas, quand on sera malade, on n'ira plus chercher le médecin ; on ira chez vous, Monsieur le Curé, puisque vous possédez le Bon Dieu qui guérit les malades ! — »

A son réveil, il nous reconnaît, nous salue en souriant, et nous dit qu'il a très bien dormi, qu'il est très content de

nous, qu'il reconnaît que nous le soignons de notre mieux; mais, que nous perdons notre temps et notre peine, puisqu'il est déjà mort.

Et pour nous le montrer, il s'étend bien sur le dos, ferme les yeux et nous commande de lui toucher le front et les mains; puis il ajoute : « Avez-vous sentile froid du cadavre? Eh bien! c'est que je n'ai plus de vie, je suis déjà glacé, je suis mort! »

Nous ne pûmes jamais le convaincre de son erreur.

Ce jour-là, nous partîmes avec de bien sombres pressentiments pour l'avenir; ce délire s'annonçait aussi grave, aussi menaçant que le premier; et nous avouons que dès ce moment nous ne conservâmes plus d'espoir.

Une chose pourtant nous étonnait chez ce malade; c'est qu'il n'avait plus de fièvre et qu'il continuait à manger, à boire et à dormir comme un bien portant. Il est vrai que, pour le sommeil, le chloral y était pour quelque chose.

Les jours suivants, le même délire continua, sans hallucinations apparentes; c'était un délire tranquille avec idées fixes et arrêtées; le malade avait des antipathies inexplicables, mais il conservait une très vive affection à certains de ses amis, principalement à son camarade de travail qui l'assista jusqu'au dernier moment.

Il lui racontait ses peines, ses craintes, lui faisait ses recommandations pour l'avenir, tout comme un homme sain d'esprit. D'ailleurs, nous n'avons réellement pas relevé de graves incohérences dans le raisonnement du malade. Ce n'était pas une confusion mentale proprement dite; c'était plutôt des idées fausses sur lesquelles le malade raisonnait avec assez de justesse et d'à-propos.

On aurait presque pu classer son délire dans les manies systématisées.

La plupart du temps, il était de bonne humeur ; il avait des saillies et des boutades spirituelles.

Un jour, le même camarade vient le voir, tout en causant, Denis P... s'écrie, avec l'accent du désespoir : « Hélas ! mon cher, il vient de m'arriver un malheur : je viens de lâcher quelque chose dans mon lit sans m'en apercevoir ! Mais, tu vas voir comme je vais vite me nettoyer, je demande une seconde ! »

Aussitôt, il se jette à bas de son lit, et rentre dans un autre tout préparé ; puis il se tourne en riant vers son fidèle ami. « Tu vois, dit-il, c'est pas plus malin que ça ! »

Cependant parfois, la tristesse le prend, il gémit sur son sort ; puis, il cherche à comprendre ce qui se passe dans sa tête ; il la prend dans ses mains et s'écrie : « Oh ! ma tête, ma pauvre tête où es-tu ? On dirait que tu es vide, que tu n'as plus de cervelle ? »

Mais, arrivons à la journée du 20 ; le matin, le malade est encore tranquille ; cependant ses idées mélancoliques s'accroissent ; son fidèle camarade est à son chevet, quand soudain Denis P... pousse un grand soupir et s'écrie : « Hélas ! mon pauvre ami, je ne retournerai plus sur la route ! » Et comme l'autre s'efforce de lui remonter le moral : « Mais tu ne vois donc pas que tous mes os sont dévisés les uns d'avec les autres et qu'on ne pourra jamais les raccommoder ! »

A partir de ce moment, il baisse visiblement ; ses paroles deviennent incohérentes ; il reste longtemps sans parler. Vers trois heures du soir, il commence à être pris d'une agitation insolite ; il ne peut rester en place ; il se tourne tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche,

puis il cesse de parler; il semble se désintéresser du monde extérieur, mais l'agitation augmente, il se tourne, se retourne, se couche au pied du lit, revient à la tête, retourne aux pieds et ainsi de suite; enfin il se recouche une dernière fois au pied du lit et meurt. Il est six heures du soir.

Cette dernière observation, nous l'avons déjà dit, diffère de la première par plusieurs côtés.

D'abord, le délire n'a pas été subit comme dans le premier cas; il est survenu, pour ainsi dire, insidieusement, progressivement, et il a mis une semaine pour évoluer et pour tuer le malade, alors que le premier l'avait foudroyé en deux jours.

Ensuite, sauf au début, un accès de colère de peu de durée, motivé par une contradiction, le délire n'a pas été violent; il a été plutôt gai. Et, en relisant l'observation, on voit que le malade paraît presque toujours content et satisfait; qu'il a le mot pour rire, qu'il est presque joyeux, que la plupart du temps, il ne se fâche même pas quand on le contredit, qu'il préfère discuter, et que si son point de départ est faux et erroné, habituellement son raisonnement est juste.

Enfin, les symptômes terminaux sont très dissemblables dans les deux cas. Alors que dans le premier, on a assisté rapidement à la déchéance organique du sujet, qui a succombé dans le coma; dans le second, on voit le malade, conservant ses forces presque jusqu'à la fin

pris de jactitation et mourant dans son dernier déplacement.

Mais, malgré ces dissemblances plutôt apparentes que réelles, nous notons de nombreux points de contact dans les deux cas.

Le délire apparaît quand l'affection du poumon est guérie et quand la fièvre a disparu; dans les deux cas il n'y a point d'hallucinations; dans les deux cas, la contradiction augmente la psychose et la rend furieuse; de plus, la conscience n'est pas absolument abolie, le raisonnement est en partie conservé; mais, les idées premières sont fausses et erronées; et, malgré l'absence de fièvre, malgré l'absence de symptômes indiquant une localisation du côté des méninges, malgré la conservation du bon fonctionnement des organes digestifs et excréteurs, la mort arrive dans les deux cas.

Devant de semblables faits, quelles sont donc les déductions que nous sommes en droit de tirer?

La première des déductions qui découle de ce qui précède, c'est qu'il existe un délire spécial, dans certains cas de convalescence de la pneumonie, qui entraîne fatalement la mort.

La deuxième déduction que nous pouvons faire, c'est que cette forme de psychose ne doit pas être très rare; puisque, dans l'espace d'une année, au milieu d'une population clairsemée, nous l'avons rencontrée deux fois, dans un rayon de quatre kilomètres.

La troisième, c'est que si ce délire paraît frapper principalement les dégénérés, puisque le premier cas se rap-

porte à un épileptique, il n'en est pas moins vrai, que les sujets absolument sains en apparence, sans aucune tare héréditaire, peuvent en être affectés.

La quatrième, c'est que cette psychose, par son absence d'hallucinations, par son caractère, se rapproche plutôt des délires systématisés que de la confusion mentale proprement dite.

Et enfin, la dernière est la plus grave, c'est l'inutilité absolue de toute espèce de médication, soit pour essayer d'atténuer la psychose, soit pour en obtenir la guérison.

Il reste une dernière question à poser.

Est-il possible, devant un malade atteint de délire, au déclin d'une pneumonie, de savoir à quelle sorte de psychose on a affaire ?

Peut-on, en un mot, diagnostiquer un délire à forme ataxique, comme l'appelait judicieusement Trousseau, avec sa sagacité merveilleuse ?

Nous croyons que ce serait bien s'avancer que de répondre par l'affirmative ; car, entre un délire bénin et une psychose maligne la différence n'est pas grande ; pas assez tranchée pour qu'on puisse se prononcer catégoriquement.

Cependant, en nous aidant des quelques données que nous possédons, et des observations des auteurs qui ont traité la question, nous pourrions peut-être faire un diagnostic de probabilité.

Nous n'insistons pas sur l'absence d'hallucinations qu'ont paru présenter nos deux malades ; nous estimons, pour notre compte, que la présence ou le défaut d'hallucina-

tions, dans ces sortes de délire, n'a pas une grande valeur pronostique.

Il en est tout autrement d'une particularité, que nous avons pu remarquer dans les deux cas : nous voulons parler de la persistance, sans rémission aucune, et de l'aggravation progressive du délire.

Un délire, quidoit être bénin, ne conserve pas toujours la même intensité; ou il rétrocede, ou il présente des rémissions marquées, avec quelquefois de longs intervalles de bon sens ; de sorte que, si un malade, après une ou plusieurs heures de symptômes délirants, revient à la raison, même momentanément, son état est certainement moins grave que, si le délire, même beaucoup moins violent, continue invariablement sa marche progressive.

Le premier peut s'expliquer par des troubles cérébraux passagers; le second, au contraire, est la traduction de désordres absolument irréparables.

Je sais bien que cette différenciation n'est pas facile à établir, qu'il nous manque des moyens fixes de diagnostic.

Mais, pour élucider la question, il faut beaucoup plus de science et d'expérience que nous n'en avons; car, avec le peu que nous connaissons ils nous est impossible de préciser davantage.

Il faut d'autres observations que les nôtres, plus nombreuses et bien plus concluantes que ces deux pauvres cas de clientèle rurale, présentés par des personnes beaucoup plus instruites et plus autorisées que nous, pour tirer au clair et mettre au net tout ce qu'il nous a forcemen

échappé ; il faut enfin, par dessus tout, ainsi que le disait un de nos maîtres en chirurgie, une qualité qui ne se donne pas, qui ne s'apprend pas, mais se développe par l'étude, et se perfectionne par la pratique, il faut du flair.





BIBLIOGRAPHIE

- MORGAGNI (B.). — *Epistotæ anatomicæ*. Lugd. Bat., 1728.
- ANDRAL (G.). — *Clinique médicale*. Tome V. Contenant les maladies de l'encéphale, Paris, 1833.
- CONSTANT. — *Pneumonie du sommet accompagnée de symptômes cérébraux*. *Gaz. Méd.* Paris, 1836.
- THORÉ. — *Etudes sur les maladies incidentes des aliénés* Paris, 1847.
- BARILLIER (J.-P.). — *Du délire dans la pneumonie*. Paris, 1856. Thèse de Doctorat.
- MOREL (B.-A.). — *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*. Paris, 1857.
- GRISOLLE (A.). — *Traité de la pneumonie*, Paris, 1864.
- GRIESINGER (W.). — *Des maladies mentales et de leur traitement*. Traduction Doumic, Paris, 1864.
- FAUCON (E.). — *Du délire dans quelques maladies aiguës*. Thèse de Strasbourg, 1864.
- AOUST (L.). — *De la pneumonie à forme nerveuse*. Thèse de doctorat, Paris, 1868.
- D'AURIOL. — *Pneumonie avec délire*. *Rev. méd. de Toulouse*, 1875.
- BARTH (H.). — *De la méningite pneumonique*. *Union méd.* Paris, 1884.

CENAS. — Pneumonie franche, manie transitoire. Guérison. Lyon méd., 1882.

VERNEUIL (G.). — De la congestion et de l'inflammation des méninges cérébrales et spinales dans la pneumonie. Paris, 1873.

MAIRET (A.). — Folie de la convalescence de la pneumonie. Montpellier méd., 1887.

Vu : le Président de la thèse,
LABOULBÈNE.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

H. Jouve, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris

